

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 27

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES
DANS
LE REIN POLYKYSTIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 11 décembre 1935

PAR

Paul-Yves-Henri CARPENTIER

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à BORDEAUX (Gironde), le 5 novembre 1911

Examineurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
GUYOT, professeur.....	Juges.
JEANNENEY, professeur.....	
CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 27

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES
DANS
LE REIN POLYKYSTIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 11 décembre 1935

PAR

Paul-Yves-Henri CARPENTIER

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à BORDEAUX (Gironde), le 5 novembre 1911

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		GUYOT, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, professeur.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSE, MOURE, RIVIÈRE, BARTHÈ, DENIGÈS, BEILLE,
CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
id..... DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale..... AUBERTIN.
Clinique chirurgicale..... BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique... GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.. ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales... CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants.. CRUCHET.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique... C. SIGALAS.
Anatomie..... VILLEMEN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. GREYX.
Pharmacie..... DUPOUY.	Clinique dentaire..... N.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... CHARRIER.
id..... DUFOUR.	id..... LOUBAT.
Physiologie..... FABRE.	Obstétrique..... RIVIÈRE.
Médecine générale..... DAMADE.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... PIÉCHAUD.	Oto-rhino-laryngologie..... DESPONS.
id..... DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... DE GRAILLY.	Physique médicale..... WANGERMEZ.
id..... FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

MM.	MM.
Physiologie..... FABRE.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Physique médicale et pharmaceutique... WANGERMEZ.
Accouchements..... RIVIÈRE.	Botanique..... GIRARD.
Pathologie médicale..... DELMAS-MARSALET.	Médecine légale..... DERVILLÉE.
Puériculture..... FAUGÈRE.	Bactériologie..... MOUREAU.
Pharmacie chimique..... VITTE.	

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MON FILS

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

STAGE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPERIE
MONSIEUR LE PROFESSEUR SABRAZES
MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS
MONSIEUR LE PROFESSEUR RECHOU
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BEAUVIEUX
MONSIEUR LE DOCTEUR PHILIP

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTMANN
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVERGEY

INTERNAT PROVISoire :

MONSIEUR LE DOCTEUR MAGENDIE
MONSIEUR LE DOCTEUR G. DUBOURG
MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON JURY

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de chirurgie de Paris,
Membre titulaire de la Société française d'urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Avec l'expression de ma reconnaissance et de ma gratitude dévouées.

AVANT-PROPOS

Nous avons une dette de reconnaissance importante envers M. le Professeur Duvergey, qui nous a fait l'honneur d'être notre président de thèse.

A l'occasion de ce travail, nous avons dû consulter de nombreux chirurgiens dont les observations nous furent précieuses et que nous prions ici d'agréer notre respectueuse et entière gratitude.

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES

DANS

LE REIN POLYKYSTIQUE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

« Le rein polykystique était autrefois considéré au point de vue chirurgical comme un *noli me tangere*. La notion de bilatéralité de l'affection, la crainte de l'anurie et l'assurance de l'inefficacité de l'intervention suffisaient à justifier cette opinion. Quelques néphrectomies pratiquées par erreur de diagnostic ou pour combattre une complication, telle par exemple que la suppuration, ont montré qu'il fallait peut-être en appeler de cet ostracisme. Non seulement les malades ne sont pas morts de l'intervention, mais encore ils ont été souvent améliorés. »

Nous ne pouvions trouver de meilleurs mots pour commencer notre thèse que cette phrase de MM. Chavannaz et Lefèvre, qui, vraie déjà à l'époque où ils l'ont écrite, en 1912, l'est encore plus aujourd'hui.

Nous basant en effet sur les observations récentes et sur les statistiques établies depuis la fin de la guerre, nous pensons que, malgré son extrême gravité, dans la plupart des cas, la néphrectomie conserve certaines indications formelles.

Il semble que les indications opératoires se soient précisées dans ces dernières années, et que les résultats, tant comme survie immédiate que comme survie éloignée, soient devenus un peu meilleurs.

Les premières observations de rein polykystique ne sont pas tellement éloignées de nous; ce n'est qu'à la fin du siècle dernier que cette maladie fut individualisée, étant auparavant confondue avec les autres kystes du rein. Dans toute cette période confuse, les cas cliniques observés ne se révélaient qu'à l'autopsie : devant la bilatéralité classique de l'affection, on n'opérait jamais. Telle est la première période de l'histoire du rein polykystique.

Première période : abstention complète. Avec Th. Bardenheuer, qui, en 1882, pratiqua avec succès la première intervention dans la maladie kystique du rein, on entre dans une deuxième période où de nombreuses interventions furent faites, et d'une manière certainement excessive. Plusieurs idées expliquent cette attitude. En premier lieu, on ignorait les résultats de ces opérations, qui étaient la plupart du temps navrants, et on jouait sur quelques cas heureux comme ceux de Maske, Thiriar, Roswel Park. Ensuite, on espérait l'unilatéralité de la lésion dans certains cas, et Wagner (1886), comme conclusion d'un important travail, n'admet l'intervention qu'en cas d'unilatéralité. Enfin, certains auteurs allaient jusqu'à l'espoir d'enrayer par l'opération le processus avant sa propagation, en un mot de « guérir » la maladie elle-même. Aussi un très grand nombre d'opérations furent pratiquées par Clark, Monod, Riegner, Schmidt... En réalité, il s'agissait presque toujours de chirurgiens généraux *intervenant sans nos procédés modernes d'exploration rénale*, le diagnostic n'étant porté souvent que la pièce en mains.

Les résultats désastreux, la bilatéralité constante, firent qu'on revint dans une troisième période à la règle du *noli me tangere*.

Tel est l'avis de Lejars dans sa thèse (1888); de Schmieden, qui conclut à l'abstention complète; d'Israël, qui rejette toute

intervention, « même si le rein opposé paraît sain au moment de l'intervention, car il deviendra sûrement kystique plus tard ». Tuffier (1899), Küster, Sieber (1905), à la suite d'une statistique de 62 néphrectomies, dont 20 morts immédiates ou dans les jours suivant l'intervention, concluent tous également à l'abstention.

Cependant, Albarran et Imbert (1904), dans leur traité des tumeurs du rein, sont moins catégoriques. « Le chirurgien ne sera autorisé à pratiquer la néphrectomie que lorsqu'un des reins fonctionne encore d'une manière satisfaisante et uniquement dans les cas où un des symptômes prendra une prépondérance inquiétante. » Ces symptômes sont pour eux les douleurs vives, les hématuries continuelles, les troubles de compression. Et ils ajoutent une considération qui deviendra désormais un principe formel grâce auquel les statistiques deviendront moins sombres, les interventions ne se faisant que dans la connaissance de la valeur de l'autre rein : « *On fera la séparation de l'urine des deux reins; si l'urine du côté de l'organe supposé sain est normale comme quantité et comme qualité, il nous paraît très rationnel de pratiquer la néphrectomie.* »

Malgré de telles exceptions, malgré Stander (1905), qui a opéré avec succès un rein polykystique suppuré; Krönlein, qui a une survie de dix ans (1909); Pousson, qui introduit la nouvelle notion mais peu durable des « faux reins polykystiques unilatéraux » (1907) naturellement opérables, la plupart des auteurs s'élèvent contre la néphrectomie. Car il est à remarquer que jusqu'ici il n'est question que de néphrectomies; quelques rares tentatives de néphrotomies ont été faites, en général de la plus haute gravité. On ne connaît pas encore les opérations qui viendront plus tard. En effet, la nécessité d'intervenir se montre tellement grande dans certaines complications du rein polykystique que l'on trouve alors de nombreux procédés opératoires pour éviter la néphrectomie.

Une quatrième période apparaît donc : celle des interven-

tions conservatrices. Dès 1893, Petterson avait fixé un rein polykystique, et pour Landau et Taendler (1896), la décapsulation avec excision des kystes était l'opération de choix. Cassanello, Bircher (1908), Krotoszyner (1910), pensent de même. En 1912, Roysing défend les avantages de la simple ponction, et, la même année, MM. Chavannaz et Lefèvre introduisent dans l'histoire médicale une nouvelle intervention, la néphrectomie partielle. Plusieurs procédés se partagent ainsi la grande vogue qui fait dire à Mickanewski (1914), dans son très important ouvrage sur le rein polykystique : « En résumé, plus de néphrectomies, mais opérations conservatrices, telle est la tendance actuelle prédominante, bien que les néphrectomies aient continué à se pratiquer. » Ces opérations sont loin d'être abandonnées aujourd'hui : l'ignipuncture de Payr à l'étranger, le « pelage » de Marion en France, ont conservé toute leur valeur dans certains cas spéciaux.

Mais aussi, dans ces dernières années, il semble que la néphrectomie se soit relevée du bannissement complet où pour certains elle devait rester sans retour. Déjà Brin, dans son rapport au Congrès d'urologie (1911), était en faveur de la néphrectomie : sa statistique était de 167 cas, dont 132 néphrectomies. Cette évolution tient à plusieurs faits :

1° *Les opérations conservatrices ne se sont pas toujours montrées dénuées de tout danger* : cas de Holländer, où la simple ponction fut suivie de mort huit jours après par hématurie; résultats désastreux de la néphrotomie (mortalité de 36,3 p. 100 dans la statistique de Brin); danger toujours par le fait même de l'anesthésie dans toute opération sur le rein polykystique, ces malades étant particulièrement « fragiles »...

2° *Ces opérations surtout semblent insuffisantes* : ayant l'avantage d'une mortalité immédiate moins élevée que la néphrectomie, leurs résultats éloignés sont moins stables quant au symptôme même qu'elles visent à supprimer.

3° Enfin, *la néphrectomie a pour elle des statistiques*

récentes moins noires qu'autrefois. De nombreux travaux nouveaux que nous citerons plus loin, et en particulier les 32 néphrectomies pratiquées à la Clinique Mayo (statistique de Waltman Walthers et W.-F. Braasch), les 5 cas de E. Papin (*Journal d'urologie*, juin 1935.) et les observations de cette thèse parlent dans ce sens.

A côté des opérations conservatrices, la néphrectomie, interdite dans la très grande majorité des cas, a des indications précises dans les cas de nécessité absolue, où le chirurgien a la main forcée.

CHAPITRE PREMIER

DE QUELQUES POINTS FONDAMENTAUX DANS LE TRAITEMENT DU REIN POLYKYSTIQUE

1. — *Le rein polykystique est bilatéral.*

D'où contre-indication formelle de la néphrectomie dans tous les cas non compliqués, évoluant spontanément vers l'urémie. Tous les auteurs reconnaissent cette bilatéralité constante, sauf quelques très rares exceptions. Ces cas rares d'unilatéralité ne peuvent être admis qu'après contrôle d'autopsie. Un rein cliniquement sain est souvent déjà envahi (surtout le rein gauche haut situé, difficilement palpable, et dont les tumeurs se développent plutôt vers le haut avant d'être nettement perceptibles par l'abdomen); et même un rein apparu normal au cours d'une opération peut se montrer dégénéré plus tard.

Letulle et Verliac : bilatéralité constante.

Gottlieb : bilatéralité dans 97 p. 100 des cas.

Sieber : 9 cas unilatéraux sur 149 observations.

Lejars : 1 cas d'unilatéralité sur 66 cas.

Branchard : 7 cas d'unilatéralité sur 215 autopsies, donc 2.3 p. 100 seulement.

Plus récemment, à propos d'une observation de Chauvin, où un des reins s'était montré sain à la laparotomie et avait ainsi permis la néphrectomie du rein opposé polykystique (observation à la suite de laquelle l'auteur admet certains cas d'unilatéralité), Chevassu et Legueu s'élèvent

contre cette notion, croyant au contraire à la constante bilatéralité.

Mêmes conclusions pour W. Braasch et W. Schacht, à propos de 194 observations à la Clinique Mayo. Si un rein paraît normal au cours de l'opération, il dégénérera ensuite, 3 cas seulement parurent unilatéraux ainsi, sur 194 cas, et 1 de ces cas dégénéra ultérieurement.

Que devient alors la « *forme chirurgicale* » unilatérale que Luzzato croit devoir séparer de la « forme médicale », encore appelée « forme brightique » bilatérale ? Pousson, en 1907, reprend cette idée dans sa théorie, lourde de conséquences thérapeutiques, des « *faux reins polykystiques* ». Dans cette théorie, à côté du rein polykystique vrai, congénital, bilatéral, médical, il existe une classe de « *faux reins polykystiques* » d'étiologie déterminée (néphritique, lithiasique, tuberculeuse), *unilatéraux, et par conséquent chirurgicaux*. « Il est souvent unilatéral, dit Pousson, comporte encore des parties utiles à la sécrétion, et est du ressort de la thérapeutique chirurgicale. »

En réalité, *cette théorie est rejetée par la très grande majorité des chirurgiens*. Brin, revoyant les 14 observations citées dans la thèse de Ferron à ce propos, trouve que quatre autopsies ont été faites.

Pousson : les deux reins pris;

Patel : les deux reins sont polykystiques;

Bartrina et Pascual : les deux reins sont polykystiques;

Bégouin et Vitrac : les deux reins sont polykystiques.

Brin publie également une série de 7 cas de faux reins polykystiques : à l'autopsie tous, sauf un seul (cas de Roche), se montrent bilatéraux.

Brin conclut : « Cette forme chirurgicale n'est guère admissible : le rein polykystique ne devient en effet chirurgical que par ses complications : il ne l'est pas par lui-même. »

Dans les observations de cette thèse, la lésion était tou-

jours bilatérale : dans l'observation III, le rein supposé sain au moment de l'intervention est devenu kystique depuis.

II. — *Marche spontanée de la maladie.*

Elle est en général lente, quoique rien ne soit plus variable que cette évolution. Certains porteurs de reins polykystiques arrivent à un âge avancé sans même que la lésion ait entraîné aucun trouble. Témoin, cette malade de M. le Docteur Chenut, âgée de 75 ans, opérée pour lithiase vésiculaire : Pas d'antécédents rénaux. A la date de l'opération : urée sanguine, 0,35, et concentration urinaire bonne. L'intervention révèle en plus de la lithiase vésiculaire, un gros rein polykystique resté toujours muet.

Témoin également cette malade de M. le Docteur Oraison :

Compte rendu de M. le Docteur Oraison : Mlle X..., 74 ans, consultant pour douleurs au moment des mictions et autres symptômes de cystite. L'examen des reins révèle un rein polykystique bilatéral, en foi de quoi pas d'intervention. Il n'y avait pas d'antécédents rénaux. La malade meurt plus tard d'une maladie étrangère à son affection rénale.

Mais ces longues survies compatibles avec le rein polykystique sont exceptionnelles.

La statistique classique de Jossand, établie sur 187 cas, est la suivante :

Date de la mort.	Nombre de cas.
De 10 à 20 ans	2
De 20 à 30 ans	13
De 30 à 40 ans	26
De 40 à 50 ans	69
De 50 à 60 ans	47
De 60 à 70 ans	17
De 70 à 80 ans	11
De 80 à 90 ans	2

D'autres statistiques donnent des résultats semblables. L'âge moyen de la mort de ces malades est donc 50 ans environ. Or; la maladie entraîne ses premiers troubles à l'âge adulte seulement. Il s'ensuit que, pour un cas observé à 30 ans, on peut prévoir une survie de vingt ans environ; à 40, une survie de dix ans environ, en laissant une grande marge d'erreur pour chaque cas particulier.

S'il est donc vrai que les cas observés fortuitement à l'occasion d'un examen ou d'une opération abdominale non motivés par le rein polykystique même, ou ceux encore qui n'entraînent que des troubles minimes, sont compatibles avec une longue survie, un grand nombre d'auteurs ont constaté, par contre, qu'il n'en était pas de même pour la plupart des malades présentant des troubles importants. Même les cas ayant apparemment peu évolué se dénouent parfois très vite, et Chevassu insistait récemment sur la fréquence des reins polykystiques gardant très longtemps une bonne élimination rénale et entraînant tout à coup très rapidement la mort par urémie. Nombre de cas ont été traités médicalement dans l'espoir d'une longue survie, et l'évolution s'est faite plus ou moins rapidement vers la mort. Souvent la néphrectomie n'a pu que prolonger le malade : cas de Krönlein (survie de dix ans), observations de la Clinique Mayo (4 survies de treize à dix-neuf ans, 1 après dix-neuf ans), et les cas III et IV de cette thèse (survies de huit et de treize ans), pour ne citer que les cas les plus heureux.

« Un argument (contre la néphrectomie) dit Mickaniewski, a été tiré de l'évolution de la maladie. L'étude anatomopathologique du parenchyme rénal kystique a montré que la vie était compatible avec une destruction presque complète du parenchyme rénal; de plus, l'évolution est longue et les individus porteurs de lésions peuvent vivre dix, quinze ans, et plus. Cet argument n'interdit nullement l'intervention il doit simplement engager le chirurgien à examiner minutieusement l'état des fonctions rénales de son malade.

» *Et c'est une idée fausse, de croire que les malades atteints*

de troubles déterminant habituellement l'opération pourront vivre longtemps. Nous avons recueilli une cinquantaine d'observations dans lesquelles nous voyons ces malades, non opérés, succomber quelques mois, une année au plus tard, après l'apparition de ces troubles. »

III. — *Nécessité de connaître la valeur du rein supposé sain.*

Devant toute affection rénale, cette évaluation est nécessaire, mais *nulle part cette nécessité n'est aussi impérieuse qu'ici pour le diagnostic opératoire, à cause de la bilatéralité de l'affection.* C'est un dogme formel de n'intervenir qu'à condition de connaître la valeur fonctionnelle des deux reins.

La clinique, en montrant le second rein envahi, révèle que ce cas est peu favorable. Mais ces données de la palpation ne sont pas précises : un rein gauche gros reste longtemps sans être palpable. D'autre part, il n'y a pas parallélisme absolu entre le volume de ces reins et leur degré d'insuffisance fonctionnelle, liée plutôt à l'état de néphrite.

La cystoscopie montre en cas d'hématurie quel est le rein qui saigne.

Seul le cathétérisme urétéral permet de préciser la valeur de chaque rein.

Mais il semble que, dans le rein polykystique, l'élimination uréique et la valeur fonctionnelle des reins ne correspondent pas exactement.

« Au point de vue des tests excréteurs, leur déficience est bien au-dessous de la rétention réelle. » (W. Braasch et F. Schacht.)

Négro et Colombet trouvent l'épreuve de la P.S.P. très supérieure. Voici les conclusions qu'ils tirent de cinq observations :

1° La P.S.P., dans le rein polykystique, a un pourcentage d'élimination très inférieur à la normale;

2° La P.S.P., dans cette affection, n'a pas de parallélisme avec l'élimination uréique;

3° Ses renseignements sur la valeur fonctionnelle des reins sont justes, renseignements qui ne sont pas donnés par la constante, qui peut, au contraire, induire en erreur, ni par l'élimination uréique;

4° La P.S.P. est d'une grande valeur dans l'établissement du diagnostic des reins polykystiques.

Pour Marion :

« 1° Le rein polykystique ne modifie pas sensiblement la valeur de la constante;

» 2° L'exploration fonctionnelle des reins ne donne pas de renseignements précis dans les reins polykystiques. Cependant une élimination déficiente de P.S.P. s'opposant à une élimination uréique normale doit éveiller l'idée de reins polykystiques. »

Malgré cette insuffisance des tests excréteurs dans le rein polykystique, le cathétérisme urétéral est d'une grande utilité et a permis à Papin et Pasteau de distinguer au point de vue de la valeur fonctionnelle trois grandes catégories :

1° Cas dans lesquels les deux reins ont à peu près la même élimination, leur fonctionnement restant bon ou relativement bon : il est indiqué de ne rien tenter, à moins de complications graves.

2° Cas dans lesquels les deux reins ont un fonctionnement parallèle avec une mauvaise élimination : aucune extirpation n'est possible.

3° Cas où un rein fonctionne bien ou nettement mieux que l'autre : le rein malade pourra subir des interventions, y compris, le plus rarement possible, la néphrectomie.

La radio enfin, soit sous forme de pyélographie ascendante, soit sous forme de pyélographie descendante, peut-elle nous renseigner sur la valeur du rein supposé sain ?

Dans les cas où cliniquement un seul rein est perceptible, elle montre souvent que le second est également kystique par la présence à son niveau des images caractéristiques (agrandissement et déformation de l'ombre rénale, allongement des calices donnant l'aspect classique « en araignée »...).

La plupart du temps, dans ce cas, c'est le rein droit qui est perceptible et le rein gauche n'est pas senti parce que haut situé. Silvio Rolando montre que l'aspect du diaphragme du côté gauche peut révéler l'hypertrophie du rein gauche. Dans six observations rapportées par lui, le rein gauche a déformé, ondulé le diaphragme, poussant souvent une véritable « éven-tration diaphragmatique », alors que ce rein se montrait cliniquement sain.

Jusqu'ici la radio a montré l'état de l'autre rein, mais sans donner de précision sur son fonctionnement.

Cependant, pour Walthers et Braasch, *la pyélographie intraveineuse ne se bornerait pas à donner une image caractéristique, mais encore fournirait des renseignements importants pour l'appréciation de la fonction de chacun des reins.*

Pour ces auteurs, *la mise en évidence complète d'un rein pourrait être considérée comme une preuve suffisante de son fonctionnement normal.*

Un rein complètement visible d'un côté aurait donc un pouvoir d'élimination normal et permettrait ainsi la néphrectomie de l'autre côté.

C'est peut-être escompter un peu trop de la pyélographie intraveineuse.

D'ailleurs *le cathétérisme urétéral nous renseigne suffisamment sur la valeur comparative des deux reins : il reste la recherche nécessaire et suffisante sans laquelle la néphrectomie ne peut être pratiquée.*

CHAPITRE II

DIFFÉRENTES OPERATIONS PRATIQUÉES DANS LE REIN POLYKYSTIQUE

Deux sortes d'interventions : radicales, conservatrices.

I. — *Opération radicale.*

NÉPHRECTOMIE. — Technique habituelle. Un grand nombre de ces néphrectomies ont été faites par la voie antérieure, la plupart du temps par suite d'erreur de diagnostic ou de diagnostic incertain.

Toutefois, certains considèrent que cette voie antérieure est indiquée pour se rendre compte de l'état du rein supposé sain.

Chauvin : « Dans le rein polykystique, la laparotomie me paraît être la voie de choix. »

Les renseignements donnés par le cathétérisme urétéral permettent d'éviter cette voie en nous fixant sur la valeur du rein supposé sain.

La néphrectomie est de beaucoup l'opération la plus pratiquée, comme il découle des statistiques qui sont citées plus loin.

II. — *Opérations conservatrices.*

1° NÉPHROTOMIE ET NÉPHROSTOMIE : La première, incision simple du rein; la seconde, établissant le drainage temporaire ou permanent du bassinet.

2° DÉCAPSULATION SIMPLE. — De l'avis de tous les auteurs, *elle est à peu près impossible.*

« A priori, cette décapsulation paraît assez difficile, et Patel dit en effet qu'il fallut dilacérer la capsule, ce qui

ouvrit plusieurs kystes et donna une hémorragie assez abondante : le drainage fut nécessaire. Ce cas se termina d'ailleurs par la mort dans le coma en cinq jours. » (Brin.)

Pour Mickaniewski : « Dans le vrai rein polykystique à grappe de raisin, la capsule propre est impossible à détacher de la paroi des kystes, dont elle fait en réalité partie : on ne réussirait donc qu'à crever les kystes superficiels et non à faire une décapsulation.

» Cette objection est très judicieuse, aussi estimons-nous que, dans presque tous les cas, la décapsulation doit céder le pas à la décapsulation avec excision de tous les kystes. »

3° DÉCAPSULATION AVEC EXCISION DES KYSTES, OU « DÉCORTICATION », OU « PELAGE ». — Elle semble être la seule opération conservatrice praticable dans les complications, à condition que celles-ci ne soient pas inquiétantes.

Taendler en avait eu des résultats heureux, et Mickaniewski la considère comme « l'opération idéale dans le rein polykystique non compliqué et dans les cas où des complications spéciales ne nécessitent pas la néphrectomie ».

Marion : « Cette décortication consistera en un pelage de la surface du rein, de façon à ouvrir toutes les saillies kystiques, en réséquant leur paroi superficielle : on réséquera également une partie de la paroi des kystes les plus volumineux. Cette intervention est très bénigne, et, en général, extrêmement efficace. »

4° PONCTIONS MULTIPLES DE ROVSING.

5° OPÉRATION DE PAYR. — Le rein découvert et luxé, le bassinnet, l'uretère, les gros vaisseaux bien repérés, on ouvre les kystes avec un galvanocautère pointu poussé au rouge blanc. Le grand nombre de kystes rend l'opération longue. Le rein diminué de volume flotte ensuite dans sa loge. On le fixe par quelques points. L'opération peut être faite aussi de l'autre côté, mais il ne faut opérer qu'un rein par séance.

Cette intervention est pratiquée assez souvent :

Lilla a traité ainsi quatre cas avec succès.

Ruggiero Broglio la considère comme la meilleure opération conservatrice.

Motta Lallor, en intervenant sur les deux reins à neuf mois d'intervalle, obtient de bons résultats.

6° NÉPHRECTOMIE PARTIELLE. — Pratiquée pour la première fois par MM. Chavannaz et Lefèvre avec succès. Il n'existe que deux autres cas (Renner, Bloch).

Cette intervention, excellente en principe, ne pourrait s'appliquer qu'aux cas où le processus est limité, absolument exceptionnels. E. Papin en a cependant rapporté récemment un cas intéressant où les kystes n'occupaient qu'un pôle du rein, et cette région était nettement encapsulée et séparée du reste du rein.

7° NÉPHROPEXIE. — A été souvent pratiquée pour lutter contre les douleurs, la ptose ou une hydronéphrose dans le rein polykystique.

Les résultats de ces opérations : néphrectomie, opérations conservatrices, feront l'objet des chapitres suivants.

Dans quelle proportion de fréquence ces opérations ont-elles été pratiquées ?

Statistique de Brin. — Sur 167 opérations :

Néphrectomies, 117 fois;

Néphrotomies, 22 fois;

Décapsulations, 3 fois;

Néphropexies, 9 fois;

Diverses opérations conservatrices, le reste des cas.

Statistique de Mickaniewski. — Sur 194 opérations :

Néphrectomies, 127;

Néphrotomies, 27;

Ponctions, 15;

Pexies, 10;

Décapsulations simples, 5;

Décapsulations avec excision, 4;

Néphrectomies partielles, 3;

Diverses opérations, 3.

On voit donc que la néphrectomie tient donc toujours, et de beaucoup, la première place.

CHAPITRE III

RESULTAT DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU REIN POLYKYSTIQUE EN DEHORS DES COMPLICATIONS

On entend par rein polykystique simple celui qui n'entraîne pas de troubles graves.

Mais il n'y a qu'une question de degré entre les « symptômes » et les « complications » : la présence d'une tumeur ou les douleurs peuvent n'apporter qu'une gêne minime dans certains cas, ou devenir dans d'autres rapidement insupportables. Les cas intermédiaires sont évidemment, au point de vue de la décision chirurgicale, les plus délicats.

Sur cette question du traitement chirurgical du rein polykystique simple, nous ne nous attarderons pas. Nous pensons, d'après l'opinion de tous les auteurs, que *cette forme ne relève pas de la chirurgie.*

Et pourtant le traitement chirurgical a été souvent appliqué dans ces cas, comme il apparaît dans la statistique de Brin :

Sur 117 cas de néphrectomies :

Rein polykystique simple, 94 cas;

Rein polykystique suppuré, 12 cas;

Rein polykystique avec hydronéphrose, 3 cas;

Rein polykystique calculeux, 6 cas;

Rein tuberculeux, 2 cas.

Ceci s'explique d'abord par les erreurs de diagnostic fréquentes. En réalité plus que fréquentes, car elles représentent la très grande majorité des cas.

Sur 324 cas réunis par Brin, le diagnostic n'a été porté

en tout que 44 fois. Ces 324 cas se répartissent en 157 cas non opérés et 167 cas opérés.

Cas non opérés : 157. Diagnostic porté :

- Rein polykystique, 30 cas;
- Maladies extrarénales, 14 cas;
- Maladies rénales diverses, 23 cas;
- Diagnostics imprécis, 90 cas.

Cas opérés : 167. Diagnostic porté avant l'opération :

- Rein polykystique, 14 cas;
- Maladies extrarénales, 14 cas;
- Maladies rénales diverses, 53 cas;
- Diagnostics en suspens, 84 cas.

Cependant, à l'opération, le diagnostic a été rectifié, et lorsque l'incision fut faite par l'abdomen, et c'est presque la règle en cas d'erreur de diagnostic, on a pu voir que le rein opposé était également malade.

« Comment peut-on justifier une telle intervention ? »

» Bien souvent, je crois, par ceci que les opérateurs ne sont pas tous encore bien fixés sur la gravité de la néphrectomie dans le rein polykystique : ils espèrent une guérison ou du moins un arrêt de la maladie dans l'autre rein : c'est là un espoir qu'il faut entièrement abandonner. » (Brin.)

Telles sont les seules raisons qui peuvent justifier une telle attitude. Et ces raisons sont fausses dans le rein polykystique, qui, d'après la remarque de Lejars, « tue par suppression du parenchyme rénal; réduire la quantité totale de ce parenchyme en enlevant un des reins, c'est donc favoriser l'évolution de la maladie. »

Les résultats de la néphrectomie ne sont pas encourageants dans le rein polykystique non compliqué. *Il est même curieux de voir qu'ils sont particulièrement mauvais.*

A l'examen superficiel, il peut paraître étonnant que les reins polykystiques compliqués de calculs, ou de pyonéphrose, aient donné à la suite de l'opération une mortalité si peu élevée. Et pourtant, telles sont les déductions tirées de nombreux cas.

Si nous reprenons les 117 néphrectomies de la statistique de Brin, dont 94 ont été faites pour reins polykystiques non compliqués, et si nous examinons la mortalité globale obtenue par la néphrectomie, nous obtenons les chiffres suivants : 32 morts immédiatement ou dans l'espace de quelques semaines, soit une mortalité de 29 p. 100, supérieure à celles données par Maske (21 p. 100) et par Schmieden (27 p. 100).

Date de la mort : dans 17 cas les trois premiers jours, 12 cas entre trois jours et six semaines, 3 cas sans indications.

La cause de la mort a été :

Anurie, 7 cas;

Oligurie et urémie, 8 cas;

Coma (probablement urémique), 1 cas;

Asthénie cardiaque, 1 cas;

Collapsus, 2 cas;

Hémorragie secondaire, 1 cas;

Perforation secondaire de l'intestin, 1 cas;

Occlusion intestinale, 1 cas.

Donc, dans la grande majorité des cas, la mort est due à l'insuffisance rénale.

Telle est la mortalité globale. Mais si nous examinons maintenant la répartition de ces morts dans les deux groupes : reins polykystiques simples, reins polykystiques suppurés, nous trouvons :

Reins polykystiques simples, 31 morts;

Reins polykystiques suppurés, 1 mort.

Pas de mort dans les reins polykystiques avec hydronéphrose, lithiase ou tuberculose.

Ces résultats, à première vue surprenants sont ainsi expliqués par Brin : « *Le rein polykystique poursuivant son évolution naturelle, sans complication, est silencieux pendant longtemps, et son œuvre destructrice est déjà très avancée quand un symptôme attire l'attention du médecin : c'est*

le feu lent, sans flammes, qui a déjà tout consumé quand on s'aperçoit de l'incendie. Par contre, le calcul, l'infection rénale, c'est la flamme vive qui peut appeler les secours avant que les désordres soient trop étendus. »

Donc, mortalité immédiate dans le rein polykystique plus élevée que dans les autres affections rénales, *les cas les plus graves étant les reins polykystiques non compliqués.*

Quant au temps de survie, les statistiques se montrent en général muettes. Sur les 117 cas cités par Brin, 31 seulement ont été suivis. 12 sont morts dans les mois qui ont suivi l'intervention; 15 ont vécu encore un, deux, trois, quatre et même cinq ans; il n'y a que 5 survies au-delà de cinq ans.

Et, dans tous ces cas étiquetés « guérisons », les troubles de néphrite ont persisté ou se sont aggravés, et le rein opposé est devenu perceptible.

La néphrectomie donne donc de mauvais résultats dans le rein polykystique non compliqué et Brin conclut : « *Si les malades vivent bien avec un rein polykystique, ils auraient mieux vécu avec deux reins polykystiques.* »

Quels sont les résultats des opérations dites conservatrices ? Elles semblent de prime abord indiquées dans le rein polykystique non compliqué, puisqu'elles ne déterminent pas de perte de substance rénale, et que même, pour certains, en supprimant les kystes, elles amélioreraient l'état de néphrite du rein, dû à l'étouffement des éléments sécréteurs par ces kystes. Mais, en réalité, il ne faut pas exagérer l'influence des kystes sur le parenchyme restant, et il est certain que les reins polykystiques non compliqués conservent longtemps une bonne valeur fonctionnelle et sont compatibles avec une survie assez longue. Même les malades ayant dans cette maladie une azotémie assez élevée peuvent vivre en bonne santé pendant plusieurs années.

D'autre part, ces opérations sont parfois dangereuses, soit immédiatement, soit dans les suites opératoires.

1° *La néphrotomie* a une mortalité effroyable supérieure de beaucoup à celle de la néphrectomie : globalement, 45 p. 100, soit 60 p. 100 pour les reins polykystiques compliqués et 40 p. 100 pour les reins polykystiques simples. Tous les auteurs, Chevassu, Brin, Frigaux, la rejettent absolument.

Dans les cas de succès immédiat, il y a eu persistance souvent de fistules interminables, souvent aussi hémorragie.

Les malades, en général, n'ont pas été améliorés, sauf une malade de Friedrich, qui, revue deux ans après, était en bonne santé.

2° Les autres opérations conservatrices (ponctions de Rovsing, incisions, décortication, opération de Payr, néphropexie) ont une mortalité bien moins élevée que la néphrectomie ou la néphrotomie, *quoiqu'elles ne soient pas encore totalement bénignes*.

Si les cas isolés ont donné parfois satisfaction, tant comme mortalité que comme suites éloignées, les statistiques sont moins bonnes.

Sur 16 cas d'incision de kystes, Brin trouve une mortalité de 25 p. 100 et des survies éloignées incertaines.

Sur 29 cas de ponctions et d'excisions des kystes, W. Walthers et W. Braasch trouvent :

Mortalité à l'hôpital : 13,8 p. 100.

La mortalité est due à l'urémie, à l'hémorragie, à l'infection.

Sur les 25 cas qui survécurent à l'opération :

Malades encore vivants : 13.

2 depuis moins de 3 ans;

11 depuis 8 à 4 ans.

Malades actuellement décédés :

Survie de plus de 10 ans, 1;

Survie de 5 à 10 ans, 3;

Survie de 3 à 5 ans, 2;

Survie de moins de 3 ans, 1.

Malades non suivis : 5.

Comme conclusions, W. Walthers et Braasch, tout en reconnaissant la valeur théorique de ces opérations, contestent leurs résultats pratiques : « Malheureusement, une infection secondaire ou une fistule urinaire persistante peuvent survenir et nécessiter une néphrectomie. Si de telles complications pouvaient être évitées, le procédé mériterait plus souvent d'être utilisé. Il est difficile d'apprécier la valeur des résultats après une telle intervention suivie de succès, car on a observé des survies de même durée, sans qu'aucun traitement chirurgical n'ait été employé. »

Le rein polykystique simple ne relève donc que du traitement médical. La néphrectomie est non seulement illogique, mais dangereuse : la néphrotomie très dangereuse : les opérations conservatrices incertaines.

Le rein polykystique ne devient chirurgical que par ses complications.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS DES REINS POLYKYSTIQUES

OPERATIONS PRATIQUEES DANS CHACUNE D'ELLES

Les complications deviennent chirurgicales quand elles menacent la vie ou ne peuvent plus être supportées :

On distingue celles qui dépendent directement de l'affection :

- 1° Douleurs;
- 2° Troubles de compression;
- 3° Hémorragies;
- 4° Infection;
- 5^a Anurie;
- 6° Rupture,

et celles qui résultent d'une association :

- 7° Tuberculose;
- 8° Lithiase;
- 9° Hydronéphrose;
- 10° Transformation néoplasique.

1° Douleurs.

Elles sont presque constantes sous forme d'une pesanteur lombaire : elles sont alors souvent bilatérales. Mais souvent elles deviennent plus vives, à type de coliques néphrétiques : elles s'accompagnent alors parfois d'hématuries, et on a noté aussi leur début à la suite d'efforts ou de traumatismes comme dans la lithiase. *Elles peuvent alors devenir insupportables et nécessiter une intervention :*

Obs. II (M. le Prof. DUVERGEY).

Obs. III (M. le Prof. GUYOT).

E. PAPIN (*Journal d'Urol.*, juin 1935.) (Les trois cas sont cités sans les observations.)

Premier cas : Crises d'hydronéphrose gauche.

Néphrectomie en 1926.

La malade vit toujours. Bon état de santé. Rein droit un peu hypertrophié.

Deuxième cas : Crises d'hydronéphrose droite.

Néphrectomie en 1923.

Bon état actuel.

Troisième cas : Crises douloureuses et énorme rein droit.

Néphrectomie en 1929.

Quelques temps après, bon état de santé. Suites plus tardives inconnues.

H. BRONGERSMA (Obs. résumée, 1923).

Rein polykystique bilatéral entraînant des douleurs vives.

Opération : Néphrectomie.

Résultat : Décès quatre ans après l'intervention.

H. COLLISSON (Obs. résumée, 1932).

Douleurs persistantes à gauche.

Double rein polykystique à l'examen.

Urée du sang, 0,22.

Traces d'albumine.

La cystoscopie (injection intramusculaire d'indigo carmin), la concentration de l'urine et la pyélographie intraveineuse font penser que le rein droit est suffisant.

Opération : Néphrectomie (3 juin 1932).

En janvier 1933, la malade est en excellent état de santé.

2° Troubles de compression.

Les troubles de compression du tube digestif ont motivé souvent l'intervention : tantôt sous forme d'obstruction chro-

nique, tantôt même d'occlusion aiguë. Le diagnostic porté fut en général : tumeur abdominale, sans précision.

Obs. IV (M. le D^r DARGET).

DE CRESPIGNY (obs. résumée).

A propos d'une crise d'obstruction intestinale, on trouve un rein polykystique : néphrectomie. On en profite pour examiner l'autre rein : également polykystique.

Malade en parfaite santé après six ans : mort par méningite aiguë secondaire à une otite moyenne.

BYSSSELICK (obs. résumée).

Malade en occlusion aiguë, causée par une tumeur à droite : fistule cœcale, et dans un deuxième temps, après examen clinique et recherches complémentaires favorables, mise à nu du rein droit; incision d'un énorme kyste bourré de caillots.

Trois mois après, état excellent et bon fonctionnement rénal.

3° Hémorragies.

Les hématuries sont de fréquence variable selon les auteurs :

Walthers et Braasch, 33 p. 100;

Luzzato, 20 p. 100.

La plupart du temps légères et intermittentes, elles peuvent devenir, dans certains cas, très abondantes et nécessiter par là une intervention.

Elles sont très souvent provoquées par un traumatisme.

Obs. I (M. le Prof. DUVERGEY).

E. PAPIN (*Journ. d'uro.*, juin 1933).

Malade en état d'anémie aiguë.

Tumeur unilatérale à gauche.

Cystoscopie : Le sang vient du rein gauche.

Cathétérisme urétéral : Rein droit normal.

Néphrectomie. Deux ans après, état de santé excellent.

E. PAPIN (*Journ. d'urol.*, juin 1935).

Douleur vive et hématurie gauche.

Néphrectomie. Survie de deux ans.

BRIN (obs. résumée).

A la suite d'un traumatisme, hématurie abondante, gros état de shock.

Laparotomie latérale verticale. « Malgré la bilatéralité probable, je me décide à enlever le rein, en raison des difficultés de suturer un rein aussi friable et des risques d'infection du rein contus. »

Suites parfaites.

CHEVASSU (obs. résumée; *Soc. franç. d'urol.*, 8 avril 1935, p. 204).

Hématurie abondante.

Urée sanguine : 0,98. K : 0,320.

Le malade guérit opératoirement, non sans avoir donné de graves inquiétudes : azotémie postopératoire à 2,60 le neuvième jour.

« Revu un an après l'opération, le malade avait bien vu disparaître définitivement les hématuries, mais son rein conservé, appréciable déjà au moment de l'opération, avait fortement augmenté de volume, et il existait des symptômes typiques d'insuffisance rénale : l'azotémie était à 2 g. 35. Le malade mourut sept mois plus tard, soit dix-neuf mois après la néphrectomie... »

BRONGERSMA (obs. résumée).

Hématurie abondante chez un garçon de 14 ans. Rein gauche gros, bosselé, douloureux. Rein droit : cliniquement sain, fonction indemne.

Néphrectomie.

Après quatre ans et demi, état excellent, urines normales, palpation du rein droit négative.

G. GATSAFADOS (obs. résumée).

Hématuries abondantes, répétées, mettant la vie du malade en danger.

Gros rein gauche, bosselé, douloureux.

Cystoscopie : Le sang jaillit de l'orifice urétéral gauche.

Cathétérisme urétéral. Rein droit : urée, 8,65 p. 1.000; rares hématies. Rein gauche : traces d'urée, sang en abondance.

Opération : Néphrectomie.

Revu six mois après. Rein droit hypertrophié. Urée sanguine, 0,42. K, 0,173.

Revu deux ans après. Le malade présente quelques douleurs dans le rein droit. Traces d'albumine dans les urines, sans cylindres.

4° Infection.

C'est la complication la plus importante, puisqu'elle entraîne forcément l'intervention quand elle va jusqu'à la suppuration.

L'infection peut siéger dans le bassin et dans les kystes.

La suppuration des kystes est la plus fréquente. Le nombre des kystes envahis est variable, mais toujours le pus tend à fuser, soit dans le bassin pour les kystes centraux, soit dans l'atmosphère périrénale pour les kystes périphériques. Dans le premier cas, on voit alors les urines devenir purulentes, et on peut dans une certaine mesure tenter le traitement médical et les lavages du bassin. Dans le second cas, l'intervention est nécessaire et urgente.

L'évolution de ces phénomènes infectieux est variable.

Elle peut être rapide, avec phénomènes septiques graves, frissons, sueurs froides, exigeant une intervention sous peine d'un dénouement rapidement fatal.

Dans d'autres cas, l'évolution est plus lente, la fièvre est continue mais peu élevée, on trouve quelques leucocytes dans l'urine : l'intervention, moins urgente, est cependant nécessaire.

Le diagnostic se fait en général facilement par l'élévation de la température à 39°-40°, qui peut revêtir le type des grandes oscillations, et les phénomènes locaux : douleur vive dans la région lombaire, contracture des muscles de la paroi lombaire et de la paroi antéro-latérale, palpation douloureuse.

Le caractère important de cette suppuration du rein polykystique est la présence, non d'une poche unique, mais d'une véritable éponge de pus aux nombreuses logettes. Aucune incision n'est capable de vider toutes ces poches; il faut enlever le rein, sous peine de voir les phénomènes s'aggraver et emporter rapidement le malade.

ANDRÉ et GRANDINEAU (obs. résumée).

Malade envoyée avec le diagnostic de pyonéphrose bilatérale, dont le point de départ a été une entérite aiguë.

Température : 38 degrés.

Flanc droit douloureux, contracturé, avec masse douloureuse à la palpation. Masse également dans le flanc gauche, un peu douloureuse.

Mise en place de sondes urétérales.

Mort trois jours après dans l'oligurie et le coma urémique.

ILLYÈS (obs. résumée).

Homme, 30 ans, dont le rein gauche éliminait du pus en abondance, avec un fonctionnement très défectueux, alors que le rein droit présentait une exploration fonctionnelle absolument satisfaisante.

Néphrectomie gauche : Le rein n'était plus représenté que par une agglomération de kystes, et le parenchyme avait complètement disparu.

Suites opératoires normales.

Suites lointaines inconnues.

CARAJANNOPOULOS (obs. résumée).

Malade consultant pour douleurs localisées à la région lombaire gauche et pus dans les urines.

A l'examen, gros rein gauche, rein droit un peu hypertrophié.

Radio : Rien d'anormal.

Cathétérisme urétéral : A gauche, urine trouble, traces d'albumine; urée 0/00 : 3,5. A droite, urine claire, traces d'albumine; urée 0/00 : 17,10.

Diagnostic : Pyonéphrose du rein gauche, probablement tuberculeuse.

Opération le 21 novembre 1925 : En face de ce rein polykystique, on pensa tout d'abord faire l'opération de Payr, qui apparut nettement impossible dans cet organe réduit à une éponge attachée à l'uretère et au bassin. Sans compter la suppuration interminable et la fistulisation qui en auraient résulté. Alors, forts de la valeur du rein opposé qui éliminait tout seul la presque totalité de l'urée, on fit une néphrectomie.

Les suites opératoires furent normales, avec émission d'urines en quantité normale.

Plus tard, l'urée dans les urines a monté jusqu'à 15 0/00.

Le 15 avril 1926, la malade est encore très bien portante.

MARION (obs. résumée; Soc. urol., 21 nov. 1927).

Accidents graves de suppuration dans un rein polykystique gauche infecté.

Néphrectomie.

Cinq ans après, le rein droit n'est toujours pas perceptible. Quoique l'urée soit élevée (0 g. 70 à plusieurs reprises), et l'élimination de la P. S. P. mauvaise (au-dessous de 30 %), la malade mène une vie aussi active qu'elle peut le désirer.

BOECKEL et BILGER (obs. résumée).

Femme, 26 ans. Malade infectée avec urines troubles, ayant eu déjà des crises douloureuses au niveau de son rein gauche.

Cystoscopie normale.

Cathétérisme urétéral : Rein droit, quantité d'urée et P. S. P. normales, pas d'albumine. Rein gauche, quantité d'urée et P. S. P. très inférieures et albumine 0,20. Pus sans microbes et sans B.K. à gauche.

Azotémie : 0,36. K. : 0,079.

Pyélographie : Aucun renseignement.

Néphrectomie.

Résultat excellent deux ans après.

RICHER (obs. résumée).

Rein polykystique suppuré.

Néphrectomie.

La malade vit encore six ans après l'opération.

5° Anurie.

Les crises d'anurie sont fréquemment le mode de terminaison de la maladie. Elles peuvent aussi apparaître passagèrement au cours de l'évolution.

Ce n'est pas toujours de l'anurie complète, mais de l'oligurie. Les accidents peuvent cesser sous l'influence du traitement médical ou persister et donner alors en général le tableau de l'urémie : coma la plupart du temps, parfois urémie pulmonaire, ou gastro-intestinale.

On peut alors tenter le traitement chirurgical, quoique sans beaucoup de chances de succès. Les cas rapportés sont rares. Le cas traité par Patel fut suivi de mort (décapsulation simple). Mickaniewski pense qu'on obtiendrait des résultats avec la décortication. Brin considère aussi cette complication comme susceptible d'être améliorée par le traitement chirurgical : néphrotomie ou décapsulation. La néphrectomie est contre-indiquée.

6° Rupture.

Accident rare, dont une seule observation est rapportée en détail, celle de Johnson. Mais les cas d'hémorragie profuse à la suite d'un traumatisme sont dus vraisemblablement au même mécanisme.

On conçoit que le gros volume du rein polykystique, ses rapports avec la paroi abdominale, sa fragilité relative, l'exposent plus facilement à la rupture qu'un rein normal.

7° Tuberculose.

Cette complication n'est pas exceptionnelle. Le diagnostic porté est : tuberculose.

Le traitement est celui de la tuberculose rénale, en tenant compte de l'envahissement du rein opposé par la dégénérescence kystique.

CHEVASSU (obs. résumée).

Le diagnostic porté était tuberculose bilatérale.

A l'intervention, voyant un rein polykystique, on referma.

La malade meurt peu de temps après.

CHAUVIN et TRISTANT (obs. résumée).

Femme, 45 ans, présentant des troubles de cystite depuis 6 mois.

Urines troubles avec B. K.

Examen clinique négatif.

Cystoscopie : Lésions tuberculeuses au niveau de l'orifice urétéral droit.

Cathétérisme urétéral :

	Rein gauche	Rein droit
Quantité en 1 heure	161	50
Quantité en 24 heures	3.800	1.200
Urée pour 1.000	3	13,8
Chlorures pour 1.000	1,5	9,75
Albumine	0,25 ...	0
Sang	Traces	0
Pus et B. K.	Pet. quant.	0

Azotémie : 0,34. K. : 0,08.

Radio négative.

Intervention : Néphrectomie révèle un rein polykystique.

Suites opératoires bonnes, mais survie inconnue.

UTEAU (obs. résumée).

Signes cliniques : hématuries, B. K. dans les urines.

Diagnostic : Tuberculose.

Néphrectomie : On découvre un rein polykystique.

Suites opératoires bonnes.

Cinq mois après, bon état.

8° Lithiase.

Cette association est rare. Nous en avons cependant réuni 5 observations : dans 1 cas, néphrectomie; dans 2 cas, pyé-

lotomie; 1 opération dont la nature n'est pas précisée (néphrectomie [?]) et une fois le traitement médical.

D^r BLANCHOT (obs. résumée).

Femme venant pour pyurie et polyurie abondante (5 litres par jour).

A l'examen : Gros abdomen, avec atonie de tous les viscères. On sent 2 gros reins.

Radio : De chaque côté un calcul, volumineux à droite, petit à gauche.

Les examens complémentaires sont évités pour ne pas fatiguer la malade.

Première opération : Pyélotomie du côté du gros calcul, en escomptant la disparition de l'autre par le traitement médical. A l'opération, on trouve un gros rein polykystique lithiasique. La pyélotomie est suivie d'une forte amélioration; mais 2 ans après, le calcul gauche ayant grossi :

Deuxième opération : Pyélotomie à gauche, également suivie d'une bonne amélioration.

Plus tard apparaissent des accidents de pyonéphrose auxquels on pallie par la mise en place d'une sonde urétérale et des lavages.

Enfin, au bout de deux ans, mort par cachexie liée à l'insuffisance rénale.

RICHER (obs. résumées).

Deux cas de reins polykystiques avec calcul opérés.

Premier cas. — Malade de 62 ans, présentant des signes de pyonéphrose et de périnéphrite suppurées. Opération d'urgence (sans précisions). Mort quinze jours après.

Deuxième cas. — Malade de 25 ans, opérée pour douleurs rénales. A l'intervention, on trouve un rein polykystique calculeux. Néphrectomie. Guérison (sans précisions).

Alexander HAMILTON, PEACOCK et DONALD (obs. résumée).

Homme de 45 ans, ayant eu des coliques néphrétiques du côté droit. La radio révèle la présence de calculs dans les deux bassi-

nets et l'irrégularité des contours rénaux fait diagnostiquer les reins polykystiques.

Opération à droite : Pyélotomie.

Les douleurs ayant apparu par la suite à gauche : Pyélotomie à gauche.

Guérison. L'urine recueillie après les interventions paraissait normale.

ANDRÉ et FRANCFORT (obs. résumée).

Malade envoyé pour fistule urinaire lombaire avec pyurie, à gauche (1929).

En 1911, a déjà été opéré d'abcès périnéphrétique gauche.

A l'examen : Très mauvais état général, urines très purulentes; les sondes passées, soit par la fistule, soit par la vessie, sont toutes arrêtées.

Radio : Calcul énorme, à gauche.

Urée sanguine : 1,47.

On tente le traitement médical, mais la malade meurt bientôt en anurie.

A l'autopsie, on découvre un rein polykystique bilatéral.

9° Hydronéphrose.

Rare. Peut être secondaire à la mobilité ou due à la compression de l'uretère par les kystes. Congénitale, Papin en a publié récemment un cas où s'associait au rein polykystique une dilatation énorme du bassinet et de la partie supérieure de l'uretère. Néphrectomie. Mort cinq jours après par embolie.

10° Transformation néoplasique.

Cette complication doit être très rare, sinon inexistante. « Nous n'avons même pas, quant à nous, écrit Pousson, eu connaissance à ce jour d'une seule observation de cancer primitif du rein développé sur un ancien rein polykystique. »

Il ne faut donc pas se méprendre sur les termes de « néo-

plasme » et de « métastases » donnés autrefois au rein polykystique, et à certaines dégénérescences kystiques coexistant dans d'autres organes.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'observation de tumeur développée sur un rein polykystique. Cela est dû sans doute à ce que les malades meurent en général avant l'âge moyen du cancer.

CHAPITRE V

RESULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DANS LES COMPLICATIONS DU REIN POLYKYSTIQUE

Contre-indiquée formellement dans le rein polykystique non compliqué, la néphrectomie devient ici souvent une nécessité non moins absolue.

I. — *Résultats des opérations conservatrices.* (Ponctions, opération de Payr, décortication, etc.)

Elles ne sont applicables qu'aux complications relatives : douleurs légères, petites hématuries, troubles de compression peu marqués. *Encore sont-elles très discutées quant à leurs résultats pratiques.* Ceci pour plusieurs raisons :

1° Elles sont bénignes, mais ont cependant une certaine mortalité immédiate ou dans les jours qui suivent (morts à l'hôpital, 13,8 p. 100 dans une statistique de 29 cas ainsi traités à la Clinique Mayo).

2° Leurs résultats, au point de vue des douleurs, des hématuries, des troubles de compression, sont très diversement interprétés. *Ces résultats sont souvent passagers, et peuvent nécessiter une néphrectomie secondaire.*

3° Elles donnent lieu parfois à une infection secondaire ou une fistule urinaire persistante *nécessitant une néphrectomie secondaire.*

Toutefois, elles peuvent être pratiquées dans les cas légers, et même intermédiaires, où la néphrectomie semble trop grave pour les troubles en cause. On peut obtenir ainsi

parfois quelques résultats durables, et le « pelage » du rein semble être la meilleure de ces interventions (Marion).

La néphropexie a été souvent pratiquée dans les reins mobiles : certains malades ont été ainsi améliorés. Mais, pour Brin, « la néphropexie nous laisse absolument sceptiques, parce qu'il est difficile de fixer ces gros reins polykystiques et parce que, même fixées, ces tumeurs restent encore gênantes par leur énorme volume ».

II. — Résultats de la néphrotomie.

Tous les auteurs sont d'accord sur les dangers de cette opération.

Dans la statistique de Mickaniewski, sur 10 cas :

- 7 pour reins polykystiques suppurés, 3 morts;
- 2 pour reins polykystiques lithiasiques, 2 morts;
- 1 pour rein polykystique hydronéphrétique, 0.

Donc, mortalité globale de 53 p. 100, bien supérieure à celle de la néphrectomie (30 p. 100).

Cette mortalité immédiate de la néphrotomie est due aux mêmes causes que celle de la néphrectomie : anurie dans les jours suivant l'intervention (4/5 des cas).

Les rares cas heureux sont menacés de fistules interminables ou d'hémorragie.

Dans la suppuration, où elle a été le plus employée, elle a constamment échoué, le rein polykystique suppuré étant un amas de poches purulentes qu'il faut enlever en bloc.

Donc, très mauvaise opération, sans aucune indication.

III. — Résultats de la néphrectomie.

La néphrectomie n'est permise qu'en cas de complications très graves.

Ce sont surtout : la suppuration (contre laquelle, nous l'avons vu, elle est le seul traitement possible), et les héma-

turies abondantes, menaçant la vie, qui ne peuvent être arrêtées que par elle. Il en est de même dans les ruptures de reins polykystiques, très rares.

Elle est encore indiquée dans la lithiase, la tuberculose, l'association à une hydronéphrose, les troubles de compression, quand ces complications deviennent inquiétantes, et contre les douleurs insupportables.

Pour que la néphrectomie soit permise, il faut encore au chirurgien *une connaissance indispensable : la valeur du côté supposé sain* (chap. I). Le cathétérisme urétéral nous fixe sur elle. C'est cette négligence de l'état du rein supposé sain qui a donné aux statistiques anciennes une grande mortalité, ainsi que des résultats éloignés peu favorables. Et Frigaux écrit à ce propos en 1919 :

« A parcourir toutes les observations qui ont été réunies jusqu'à ce jour, on ne voit guère que l'exploration fonctionnelle séparée ait été faite très souvent.

» Parmi les 190 cas qui figurent dans la thèse de Mickaniewski, nous n'avons trouvé le cathétérisme urétéral mentionné que 22 fois. Dans 2 autres cas, il est donné comme ayant été impossible. Sur les 10 cas que nous rapportons, on le verra mentionné 4 fois.

« Or, il est assez impressionnant de constater que ces 26 explorations fonctionnelles connues ont été suivies de 26 opérations heureuses. Cela ne permet-il pas d'augurer pour l'avenir des statistiques bien meilleures que celles que nous avons pu rapporter, aujourd'hui que semble bien admis par tous le dogme de la division des urines préalable dans toute intervention sur les reins. »

Les statistiques permettent de constater la justesse de ces prévisions. Dans les 25 observations de néphrectomies que nous avons recueillies, l'intervention a presque toujours été faite par des urologues ou par des chirurgiens généraux s'aidant de la spécialité, et le cathétérisme a été fait dans la grande majorité des cas.

Les résultats de ces dernières années montrent ainsi une amélioration assez importante.

STATISTIQUE DE BRIN (1911).

Néphrectomies : 417.

1° Mortalité immédiate ou dans l'espace de quelques semaines : 32 morts, ainsi réparties :

Dans les 3 jours, 17;

Entre 3 jours et 6 semaines, 12;

Cas sans indications, 3.

La cause de la mort a été :

Oligurie, anurie, urémie, 16 fois;

Collapsus cardiaque, 3 fois;

Hémorragie, 1 fois;

Perforation secondaire de l'intestin, 1 fois;

Occlusion intestinale, 1 fois.

Donc, mortalité de 29 p. 100.

2° Survies après la néphrectomie :

2 mois	1	18 mois	2
3 mois	2	21 mois	1
5 mois	3	2 ans	4
7 mois	1	2 ans 1/2	1
8 mois	2	3 ans	7
9 mois	1	3 ans	2
10 mois	1	7 ans	2
1 an	1	10 ans (Krönlein). ..	1

Tous les autres cas sont étiquetés « guérison », c'est-à-dire guérison opératoire.

STATISTIQUE DE MICKANIEWSKI (1914).

Néphrectomies : 127.

1° Mortalité immédiate ou dans l'espace de quelques semaines : 38 morts, soit 30 p. 100.

2° Survies :

- 29 vivent encore quelques temps après l'opération;
- 1 survie de 5 ans;
- 1 survie de 10 ans;
- 1 survie de 15 ans.

Il est intéressant d'opposer à ces statistiques les statistiques récentes.

STATISTIQUE DE WALTMAN WALTHERS et W. F. BRAASCH.

Néphrectomies : 31 (Clinique Mayo).

1° Mortalité à l'hôpital : 1 mort, soit 3,2 p. 100.

2° Survies totales :

- Moins de 3 ans, 3;
- Entre 9 et 13 ans, 2, soit 17,85 p. 100.

3° Survies au moment où l'observation a été publiée :

- De 5 mois à 4 ans, 7;
- De 4 ans à 5 ans, 3;
- De 7 ans à 13 ans, 3;
- De 13 ans à 19 ans, 4;
- Après 19 ans, 1, soit 64,2 p. 100.

4° Etat actuel des survivants : La plupart sont en excellente santé, sauf :

- 1 après 9 ans, douleurs dans le rein opposé;
- 1 après 7 ans, rein restant gros et hématuries;
- 1 après 1 an, hématuries;
- 1 après 7 mois, dysurie.

Les cas recueillis par nous sont trop peu nombreux et trop récents pour avoir autant de valeur : n'indiquant que les cas publiés, ils ne comptent pas beaucoup de cas mauvais qui n'ont pas été publiés. Ils se répartissent ainsi :

Néphrectomies : 25.

1° Indications opératoires :

Douleurs : 7 cas (obs. II, obs. III, Papin [3 cas], Brongersma, Collisson);

Compressions : 2 cas (de Crespigny, [obs. IV]);

Hémorragies : 7 cas (obs. I, Papin [2 cas], Brongersma, Brin, Chevassu, Gatsafados);

Infection : 5 cas (Marion, Bœckel et Bircher, Richer, Illyès, Carajannopoulos);

Tuberculose : 2 cas (Chauvin, Uteau);

Lithiase : 1 cas (Richer);

Hydronéphrose : 1 cas (Papin).

2° Mortalité immédiate :

1 seul cas (Papin), par embolie au cinquième jour.

3° Survies totales :

3 mois (obs. I);

19 mois (Chevassu);

2 ans (Papin);

4 ans (Brongersma);

6 ans (de Crespigny), soit 20 p. 100 des cas.

4° Survies au moment où l'observation a été publiée :

Après 3 mois (obs. II);

Après 5 mois (Uteau);

Après 1 an (Carajannopoulos);

Après 1 an (Collisson);

Après 2 ans (Papin);

Après 2 ans (Gatsafados);

Après 2 ans (Bœckel et Bircher);

Après 4 ans 1/2 (Brongersma);

Après 5 ans (Marion);

Après 6 ans (Richer);

Après 8 ans (obs. III);

Après 9 ans (Papin);

Après 10 ans (Papin);

Après 13 ans (obs. IV), soit 56 p. 100 des cas.

5 cas n'ont pas été suivis.

La mortalité immédiate de 3,2 p. 100 (Walters et Braasch), de 4 p. 100 dans les observations que nous avons recueillies (et le seul cas de mort n'est pas dû au mécanisme habituel dans les statistiques anciennes, l'anurie, mais à une embolie au cinquième jour), les longues survies qui ne sont que partielles, puisque beaucoup de ces opérés vivent encore aujourd'hui; ces résultats, comparés à la mortalité de 30 p. 100 et aux survies beaucoup plus courtes des anciennes statistiques, montrent les progrès faits aujourd'hui et dus surtout à l'examen systématique de la valeur fonctionnelle des deux reins.

5° Etat des survivants :

Il n'est pas précisé en général, quoique estimé bon dans la plupart des cas.

Le cas de Gatsafados présente des douleurs dans le rein droit, et de l'albuminurie.

Le malade de Marion : azotémie élevée (0 g. 70); épreuve de la P.S.P. mauvaise (au-dessous de 30 p. 100).

Quant à l'état du rein restant, il n'est également pas précisé : dans 3 cas cependant sa palpation reste négative après 4 ans, 4 ans 1/2 et 5 ans.

En général, ces sujets néphrectomisés voient leur rein restant s'hypertrophier peu à peu, et conservent une azotémie élevée, qui leur permet cependant de mener une vie assez active.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Professeur DUVERGEY.)

A..., de Thiviers (Dordogne), 59 ans, m'est envoyé le 24 février 1927 pour des hématuries totales incoercibles datant de janvier 1927.

Toujours très bien portant, a constaté, le 8 janvier 1927, la présence de sang dans son urine pendant toute la durée de la miction. Depuis cette époque, le sang n'a pas disparu, mais, au courant de février, il a augmenté, avec adjonction de quelques caillots.

A l'examen, homme un peu anémié. Hémoglobine, 70 p. 100; hématies, 4.000.000; globules blancs, 14.000.

Les deux reins paraissent gros.

A la cystoscopie : le sang provient de l'orifice urétéral droit. La vessie est saine.

La radio montre deux reins volumineux.

Urée sanguine, 0,30; K, 0,9.

Le diagnostic de rein polykystique est posé, avec hématurie provenant du rein droit. Rien du côté des autres organes. L'examen des urines révèle seulement la présence de 0,50 cg. d'albumine.

Traitement médical sans succès (anthéma, seccacornine).

Le 3 mars 1927, lombotomie droite. Rein polykystique très net, volumineux. Néphrectomie simple. Consécutivement, un peu d'oligurie, œdème des membres inférieurs; l'azotémie les jours suivants s'élève à 1 gramme, 1 g. 25. L'état s'améliore fin mars. Les hématuries ont cessé.

Le malade rentre chez lui le 10 avril 1927.

J'apprends en juin 1927 que le malade a succombé brusquement à des accidents d'urémie dans les premiers jours de juin 1927.

OBSERVATION II.

(Professeur DUVERGEY.)

M^{me} B... (B.), 35 ans, entre dans le service le 6 août 1935 pour une crise de douleurs lombaires violentes à droite, à type de colique néphrétique survenue il y a trois mois.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts d'affections indéterminées.

Antécédents collatéraux. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Une pleurésie à 7 ans; une grippe en 1918; une crise d'appendicite en 1930. Plus intéressants sont les 8 fausses couches et 3 enfants nés avant terme, le premier à 7 mois, le second à 6 mois, le troisième à 8 mois; le quatrième est né à terme. Tous sont cependant bien portants.

La malade fait remonter sa maladie actuelle à une pyélonéphrite qu'elle a présentée il y a neuf ans au sixième mois de la quatrième grossesse (douleurs lombaires vives, pollakiurie, pas de pyurie d'après la malade, albumine, 6 g.). Disparition de ces troubles après l'accouchement. Depuis, deux fois par an environ, nouvelles crises qui présentent les mêmes signes, forçant la malade à s'aliter. La dernière crise était plus violente que les précédentes.

A l'examen, on trouve un gros rein droit douloureux, dont le pôle inférieur affleure la crête iliaque. A gauche, rein gros, mais peu perceptible.

Bon état général. Poumons sains. Cœur normal. Tension artérielle : Mx, 19; Mn, 11; Io, 4,5.

Urée sanguine, le 7 août, 0,50.

Les réflexes sont normaux. A. R. négatif. Le B.-W. n'est pas net.

Le 7 août, B.-W. +. Le 5 octobre, B.-W. —. Le 14 octobre, B.-W. +.

Traitement spécifique au cyanure, puis au sulfarsénol.

L'examen des urines totales (1.500 cm³ par jour), fait le 7 août, montre :

Albumine (par litre), 0,60;

Urée (par litre), 5,5;

Phosphates (par litre), 0,7;

Chlorures (par litre), 4,7.

Un nouvel examen, fait le 20 août, ne montre que 0,10 d'albumine et une quantité normale de sels.

L'examen cyto-bactériologique des urines totales montre : rares globules blancs, rares hématies, quelques cellules isolées et en plaques, ni cristaux, ni microbes.

Examen des urines séparées le 14 août : rein droit, quelques hématies, cellules rénales, pas de microbes; rein gauche, mêmes caractères.

Le diagnostic est rein polykystique droit et hydronéphrose bilatérale.

Néphrectomie droite le 4 septembre 1935 par le Docteur Guérin. Aides : M. le Docteur Rousseau, M. Soubiran, interne. Anesthésie au balsoforme.

On trouve le parenchyme rénal complètement détruit et un rein à pédicule court : on tente sans succès de faire le « pelage » du rein; celui-ci, très friable, se déchire au moindre contact. On fait donc une néphrectomie.

Les suites opératoires sont très bonnes. Régime végétarien. Quantité d'urines normales (1.300 cm³). Analyse d'urine, le 19 octobre :

Albumine (par litre), 0,12;

Urée (par litre), 4,4;

Chlorures (par litre), 6,2;

Phosphates (par litre), 0,7.

L'azotémie se révèle élevée, mais instable.

Urée sanguine :

Le 14 septembre, 0,69;

Le 26 septembre, 0,81;

Le 5 octobre, 0,63;

Le 14 octobre, 0,63;

Le 14 octobre, 0,51;

Le 25 octobre, 0,73.

Malgré ceci, et malgré une hypertension rétinienne entraînant quelques troubles fonctionnels : mouches volantes, etc, la malade quitte l'hôpital le 30 octobre avec un très bon état général.

Revue le 29 novembre, la malade conserve un état général excellent. Ses douleurs lombaires ont complètement disparu. Ses troubles de la vue se sont très atténués. Pas de céphalée, pas d'insappétence. Pas d'œdème des membres inférieurs. On sent, à gauche, le rein hypertrophié mais difficilement palpable.

OBSERVATION III.

(Professeur GUYOT.)

M^{me} O... (D.), 38 ans, venant consulter le 4 octobre 1928, envoyée par M. le Docteur Despujols pour une tumeur abdominale découverte par la malade il y a trois ans, et pour des crises de coliques à type de colique hépatique (irradiations dans l'épaule droite, vomissements bilieux). Entre ces crises, la tumeur est absolument indolore.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Rien dans les antécédents personnels. 5 enfants, dont 1 mort à 7 mois (convulsions), les 4 autres sont en bonne santé.

A l'examen, on trouve une grosse tumeur sous le foie, présentant nettement le contact lombaire.

Le diagnostic hésite entre un gros rein et une vésicule lithiasique.

Les recherches complémentaires montrent :

1° Urines :

Albumine, traces;

Urée, 28 g.;

Phosphates (par litre), 3 g. 3;

Chlorures, 6 g. 6.

2° Tension artérielle : Mx, 12; Mn, 9; Io, 0.5.

3° Radio et cathétérisme des uretères : aucun résultat positif.

4° B.-W. négatif.

Opération le 30 octobre : Néphrectomie par voie antérieure. Aide : M. le Docteur Villar. Durée : quarante-cinq minutes. Anesthésie au Schleich : bonne. Incision transversale sous-hépatique.

Rien à la vésicule, rien à l'intestin. La tumeur est rétropéritonéale. Incision du péritoine pariétal postérieur en dehors du côlon ascendant : gros rein polykystique collé à la veine cave. Section de l'uretère au thermo. Trois points sur le pédicule rénal, qui est friable et dont l'hémostase est difficile. On arrive cependant à une hémostase parfaite. Un drain et une compresse sont placés dans la loge péritonéale. Fermeture en trois plans sans fils métalliques. Le drain et la compresse sortent par la partie externe de l'incision.

Suites opératoires excellentes. Les examens faits après l'intervention montrent :

1° Urines (1.250 cm³) :

Albumine, 0;

Urée, 11 g. 30;

Phosphates (par litre), 2 g. 75;

Chlorures, 11 g. 20.

2° Urée du sang, 0 g. 33.

Cette malade est encore en vie le 22 novembre 1935, sept ans après l'intervention. Pendant plusieurs années, sa santé fut à un tel point bonne qu'elle put travailler et même remplacer son mari dans un labeur extrêmement pénible. Actuellement, elle présente des signes d'azotémie et d'hypertension : céphalées fréquentes, brouillards devant les yeux, crampes, sensation de doigt mort, inappétence et vomissements, et des signes de rétention chlorurée avec œdème malléolaire. L'état général a baissé. Le rein gauche est souvent le siège de crises douloureuses. On trouve là en effet une énorme tumeur ayant nettement le contact lombaire, descendant jusque dans la fosse iliaque. Ce rein a donc considérablement grossi depuis l'intervention.

Ce cas reste cependant très intéressant par cette survie de sept ans après la néphrectomie.

OBSERVATION IV.

(Docteur DARGET.)

M^{me} C..., 40 ans, opérée — néphrectomie droite — en 1923, pour rein polykystique, volume d'une tête d'enfant à droite, entraînant des troubles de compression du côté de l'intestin avec constipation opiniâtre et des douleurs vives dans le flanc droit. A gauche, rein augmenté de volume et irrégulier, traduisant la bilatéralité classique, et signant le diagnostic.

Cette malade, revue il y a quatre ans, en mars 1931, présente des signes d'urémie : nausées, perte de l'appétit, oligurie.

Examens faits le 30 mars 1931 : Urée, 0,80; K, 0,19. Les urines sont pourtant assez abondantes (1.400 cm³) :

Albumine, traces;
Urée (par litre), 13,70;
Phosphates (par litre), 0,80;
Chlorures (par litre), 4,80.

Régime hypoazoté. Révulsion lombaire. Extrait glycéринé de rein Bazin.

Le 8 avril 1931 : urée du sang, 0,57; K, 0,19. Les urines sont plus abondantes, la malade est mieux. Son rein gauche est très augmenté de volume, et bosselé.

Le 16 mai 1931, la malade est débarrassée de tous ses troubles. Elle urine 2 l. 500 par jour.

Albumine, 0;
Urée (par litre), 5 g.;
Phosphates (par litre), 0,90;
Chlorures (par litre), 4,68.

Urée du sang, 0 g. 20.

Régime mixte, faiblement azoté.

En 1932, nouvelle poussée légère d'azotémie.

26 août 1932 :

Urée du sang, 0,68;

Phénolphtaléine, 8 p. 100 en soixante-dix minutes.

Depuis lors, la malade a joui d'une santé relative grâce à une existence très ralentie, un régime assez strict. Son rein gauche, du volume actuellement d'un œuf d'autruche, occasionne une simple lourdeur un peu douloureuse. Cette malade vit donc treize ans après la néphrectomie.

CONCLUSIONS

Le rein polykystique est une affection bilatérale, évoluant d'habitude lentement quand il n'est pas compliqué, et pour ces deux raisons le traitement chirurgical est formellement contre-indiqué en dehors des complications.

II. — Les complications de l'affection (douleurs, troubles de compression, hémorragies abondantes, infection, rupture, lithiasé, tuberculose, association à une hydronéphrose), peuvent menacer la vie du malade ou lui devenir insupportables. Elles nécessitent alors un traitement chirurgical.

III. — Les opérations conservatrices sont inefficaces dans ces cas graves. Seule la néphrectomie reste sûre contre ces complications.

IV. — La néphrectomie ne doit se faire qu'après examen de la valeur fonctionnelle des deux reins.

V. — Exécutée dans ces conditions, la néphrectomie donne aujourd'hui des résultats immédiats excellents et souvent une survie prolongée.

VU : *Le Doyen,*
PIERRE MAURIAC.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 3 décembre 1935.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN et IMBERT. — Traité des tumeurs du rein.
- ANDRÉ et FRANCFORT. — Reins polykystiques suppurés. Calcul et abcès périnéphrétique. 1929, t. 28, p. 170.
- ANDRÉ et GRANDINÉAU. — Reins polykystiques suppurés. *Journal d'urologie*, t. XIV, p. 53.
- BÉGOUIN. — *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, t. XXX, n° 52, 1905.
- BÉRARD. — Clinique chirurgicale. Rapporteur : RICHER. *Journal d'urologie*, t. X, p. 219.
- BISSELIÛK (Dr J.-W. van). — Occlusion intestinale aiguë par un rein polykystique. *Journal d'urologie*, 1912, t. 2, p. 813.
- BOECKEL et BILGER. — Rein polykystique suppuré. Néphrectomie. *Strasbourg médical*, 1926, t. II, p. 165.
- Contribution à l'étude du rein polykystique chirurgical. *Strasbourg médical*, pt. 1, 85, 271, 274, août 1927.
- BRAASCH (William F.) et SCHACHT (Frederich W.) de Rochester, Minnesota. — Données anatomiques cliniques sur le rein polykystique. *Surg. Gyn. and Obst.*, vol LVII, n° 4, oct. 1933, p. 467 à 476, avec 4 fig.
- BRAASCH (W. E.) et SCHACHT (Fr. W.). — Pathologie and clinical Data concerning Polykystic Kidney. *Trans. Amer. of genitourinary Surgery*, t. XXV, mai 1932.
- BRIN. — Rupture d'un rein polykystique par coup de pied de cheval. *Journal d'urologie*, t. XIII, p. 290.
- XV^e session de l'Association d'urologie et *Annals of Surgery*, t. II, n° 1, janv. 1910.
- BROGLIO (Ruggiero). — Contribution à l'étude du traitement conservateur de la dégénérescence kystique des reins. *Arch. ital. di Urologia*, vol. II, fasc. V, mars 1926, p. 472-489; *Journal d'urologie*, t. 23, p. 175.

- BRONGERSMA, de Amsterdam. — *Journal d'urologie*, 1923, t. 16, p. 430.
- CARAJANNOPOULOS (G.). — A propos d'un cas de rein polykystique chez une femme. *Journal d'urologie*, t. 21-22, 1926, p. 484.
- CHAUVIN. — A propos de la néphrectomie pour un rein polykystique. *Journal d'urologie*, t. 24, p. 551.
- CHAUVIN et TRISTANT. — Rein polykystique tuberculeux. *Journal d'urologie*, t. 23, p. 425.
- CHAVANNAZ et LEFÈVRE. — Néphrectomie partielle pour rein polykystique. Société de chirurgie de Paris, 14 févr. 1912, *Bull. de la Soc. de chir.*, p. 250.
- CHEVASSU. — Tuberculose du rein polykystique. *Journal d'urologie*, 1921, t. XII, p. 363.
- CHEVASSU (M.). — L'affection et la suppuration des reins polykystiques. *Journal d'urologie*, t. XI, 1921, p. 373-401.
- COLLINSON (H.). — Case of nephrectomy for polycystic disease of kidney. *Brit. Journ. Urol.*, 5 : 156-159 juin 1933.
- DREYFUS. — La pyélographie dans les reins polykystiques. *Journal d'urologie*, t. 40, n° 3, sept. 1933, p. 14.
- LE FILLIATRE, de Paris. — Gros rein polykystique suppuré avec hémorragie grave intrakystique. Ablation. *Journal d'urologie*, t. 4, p. 824.
- FRIGAUX. — Rein polykystique chirurgical. Travaux annuels de l'Hôpital d'urologie, 1^{re} série, Baillière, édit., Paris, 1919.
- GOTTLIEB. — De la dégénérescence kystique des reins. *Journal de chirurgie contemporaine* (en russe), fasc. 1-2, 1926, p. 117-131; *Journal d'urologie*, t. 25-26, 1928, p. 176.
- GUYOT, VILLAR, POURCELET. — Rein polykystique. Néphrectomie par voie antérieure. *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 3, 30 janv. 1929, p. 83.
- GATSAFADOS (G.) (rapp. PAPIN). — Un cas de rein polykystique avec hématurie menaçante. Néphrectomie. Guérison. Soc. franc. d'urologie, séance du 8 avril 1935, p. 199.
- HERZOG, FRITZ. — Diagnostic du rein polykystique, *Zeit. f. Urol.*, t. XIX, n° 11, 1925; *Journal d'urologie*, t. 21-22, 1926, p. 449.

- ILLYÈS (G. V.). — La dégénérescence polykystique du rein. *Zeit. f. Urol.*, Bd VI, H. 5, mai 1912, p. 366.
- JARUSLACOSKY. — Complications dans le rein polykystique. 2 f. *Urol.*, 25, 220-224, 1931.
- KRANITCH. — Contribution à l'étude des hématuries dans les reins polykystiques de l'adulte. Thèse Paris, 1925.
- LEGUEU. — Traité d'urologie, p. 1177.
- LILLA (P.), de Livourne. — Quelques cas de reins polykystiques. Communications diverses. *Journal d'urologie*, t. 34, p. 248.
- LIOT (Jean). — Contre-indications et indications dans la maladie polykystique des reins. Thèse Paris, 1935, éd. A. Legrand, 93, boul. Saint-Germain, Paris.
- LEJARS (F.). — Du gros rein polykystique de l'adulte. Thèse Paris, 1888. Des opérations dans le rein polykystique. *Semaine médicale*, 1909, n° 9.
- LETULLE, VERLIAC et BRIN. — Des kystes non hydatiques des reins. Rapports à l'Association française d'urologie, XV^e session, 1911.
- MARION. — A propos du mémoire de S. Rolondo. *Journal d'urologie*, t. XIII, p. 241.
- Néphrectomie dans les reins polykystiques. Discussion Soc. franç. d'urologie, séance du 8 avril 1935, p. 203.
- Traité d'urologie, t. 1, p. 368.
- MAUCLAIRE. — Dégénérescence colloïde polykystique du rein gauche. Ablation. Guérison. Société de chirurgie de Paris, 24 juill. 1912. *Bull. de la Soc. de chir.*, n° 29, p. 1136.
- MICKIANEWSKI. — Des interventions dans la maladie kystique des reins. *Journal d'urologie*, 1914, t. V, p. 603.
- MOTTA LALLOR. — Sur un cas de rein polykystique. *Journal d'urologie*, 1935, t. 40, n° 4, p. 350.
- NEGRO et COLOMBET. — Valeur de l'épreuve de la P. S. P. dans l'étude du fonctionnement du rein polykystique. *Journal d'urologie*, 1923, t. 16, p. 216.
- NEGRO et COLOMBET. — Reins polykystiques. XV^e Congrès de l'Association française d'urologie, 1911.

- PAPIN (E.). — Un cas de rein polykystique, avec hématurie menaçante. Néphrectomie. Guérison. *Journal d'urologie*, t. 39, n° 6, juin 1933, p. 560.
- PAPIN. — Sur un cas de rein polykystique unilatéral et partiel. *Journal d'urologie*, avril 1935, t. 39, n° 4, p. 337.
- PARIN (Boris). — A propos des complications des reins polykystiques. Un cas rare d'hémorragie profuse dans un des kystes d'un rein polykystique. *Zeit. f. Urol. Chir.*, vol. XXXVII, fasc. 1 et 2, 22 avril 1933, p. 9-15.
- PASTEAU. — Reins polykystiques. XV^e Congrès de l'Association française d'urologie, Paris, 1911.
- PAYR. — Opération par ignipuncture du rein polykystique. *Journal de chirurgie*, t. XXIII, 1924, n° 1.
- PEACOCK (Alexander Hamilton) et CORTELT (Donald G.), de Scatle. — Rein polykystique avec néphrolithiase bilatérale, *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, de Chicago, III, vol. XCV, n° 17, 25 oct. 1930, p. 1261 et 1262, avec 4 fig.
- POUSSON. — Encyclopédie d'urologie, 1914, p. 55.
- RATNER, — Sur le diagnostic des reins polykystiques. *Journal d'urologie*, t. 32, p. 297.
- RISCHBIETS (H.) et DE CRESPIGNY, de Adélaïde, Australie. — Maladie polykystique des reins : persistance remarquable du fonctionnement dans 2 cas chez d'adulte. *The Lancet*, n° 4688, 15 févr. 1913, p. 430, 3 fig.
- RICHER. — Néphrectomie pour rein polykystique. Soc. nat. de méd. et des Sc. méd. de Lyon, 13 mars 1913.
- ROLANDO (Silvio). — Contribution à la connaissance du rein polykystique bilatéral. *Journal d'urologie*, t. XIII, p. 81.
- ROVSING (Th.). — Le traitement du rein polykystique par des ponctions multiples. *American Journal of Urology*, vol. VIII, n° 3, mars 1912, p. 120.
- TÉDENAT. — Rein polykystique infecté. Brides faisant striction du côlon transverse en position verticale et dilatation énorme du côlon droit. Section des brides et excision obligatoire du rein. Guérison opératoire. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, n° 25, 30 juill. 1929, p. 1053.

- TALMAN (I. M.). — Zur Frage der Nephrektomie bei Nierentuberkulose. *Zeit. f. Urol. Chir.*, 28 : 180-223, 1929.
- UTEAU. — Tuberculose dans un rein polykystique. *Journal d'urologie*, t. 24, p. 50.
- VERLIAC. — Kystes des reins, Rapport à l'Association française d'urologie, XV^e session, 1911, Paris, 1912.
- WALTHERS (W.) et BRAASCH (W. F.). — Formes chirurgicales du rein polykystique. Etude de 85 cas chirurgicaux, *Chir. gyn. et Obst.*, vol. 58, n^o 3, mars 1934; *Journ. de chir.*, t. 45, janv. 1935.

